

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
DE MASSACHUSETTS
DEMOSTRACIÓN DE REAJUSTE DEL DINERO SIGUE
A LA PERSONA**

Este formulario debe completarse antes de la participación en la Demostración del Dinero sigue a la persona [Demo de MFP (MFP Demo, por sus siglas en inglés)]

Nombre	No. de ID de MassHealth
--------	-------------------------

He sido informado que:

INFORMACIÓN GENERAL

- La Demo de MFP está patrocinada por los Centros de servicios federales para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). La demostración apoyará a los estados a reajustar su sistema de apoyo de largo plazo, ayudar a los individuos a hacer la transición desde instalaciones médicas, y a mejorar el sistema de atención de largo plazo en general. CMS ha otorgado una subvención a Massachusetts para la Demo de MFP.
- Si estoy calificado para la Demo de MFP, mi participación en la Demo de MFP será completamente voluntaria.
- Mi participación en la Demo de MFP le permitirá a Massachusetts recibir apoyo financiero adicional para ayudarme a hacer la transición desde una instalación médica a un ambiente comunitario y para obtener servicios de MassHealth basados en la comunidad.
- Si estoy calificado para la Demo de MFP y escojo unirme a ella, puedo recibir servicios de MassHealth basados en la comunidad, los que pudieran incluir los servicios de exención de Medicaid, bajo las reglas y requisitos del programa de MassHealth.
- Si escojo no unirme a la Demo de MFP, eso **NO** afectará mi elegibilidad para los servicios de MassHealth.

CONFIDENCIALIDAD

- Si participo en la Demo de MFP, cierta información se usará para evaluar la eficacia de la Demo de MFP. Se me pedirá que responda a encuestas, que permita visitas a mi hogar o que por otra parte me comunique con alguien respecto a mi experiencia en la Demo de MFP.
- La información sobre mi participación en la Demo de MFP se mantendrá confidencial y solamente se usará con el fin de administrar y/o evaluar la Demo de MFP.

RETIRO DE LA DEMO DE MFP

- Si estoy calificado para la Demo de MFP mi participación será completamente voluntaria. Si participo en la Demo de MFP, puedo retirarme en cualquier momento completando un formulario de retiro. Puedo obtener el formulario de retiro de mi administrador de caso o coordinador de servicio o de la Oficina del Proyecto MFP.
- Si me retiro de la Demo de MFP, aún puedo recibir servicios de MassHealth, siempre que continúe cumpliendo con las reglas y requisitos del programa de MassHealth.

QUEJAS

- Si estoy participando en la Demo de MFP y tengo quejas o inquietudes sobre la Demo de MFP, debería comunicarme con mi administrador de caso.
- Ya sea que participe o no en la Demo de MFP, si no estoy de acuerdo con la decisión tomada por MassHealth sobre mis beneficios de MassHealth, tengo derecho a apelar el tema y a recibir

una audiencia imparcial. Mi administrador de caso puede proporcionarme información sobre cómo presentar una apelación, y sobre el proceso de audiencia imparcial en general.

CONSENTIMIENTO

Mi administrador de caso o coordinador de la transición me explicó mis derechos y responsabilidades bajo la Demo de MFP. Entiendo que recibiré una copia firmada de este formulario de consentimiento para conservarla.

Al firmar este formulario de Consentimiento informado, acepto participar en la Demo de MFP, si se me encuentra calificado para ello.

FIRMA – Participante	Fecha de la firma
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono () -
FIRMA – Tutor legal (si corresponde)	Fecha de la firma
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono () -

OPCIÓN PARA RECHAZAR FORMALMENTE LA PARTICIPACIÓN

Se me ofreció la oportunidad de participar en la Demo de MFP y he escogido rechazarla. Entiendo que esto no afectará mi elegibilidad para los servicios de MassHealth bajo las reglas y requisitos del programa de MassHealth.

FIRMA	Fecha de la firma
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono () -
FIRMA – Tutor legal (si corresponde)	Fecha de la firma
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono () -